Nota van toelichting

Algemeen

Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) voorziet in een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (AMvB) regels te stellen ten aanzien van het persoonsgebonden budget (Zvw-pgb). In het vijfde en zesde lid wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen regels die gesteld *moeten* worden en regels die gesteld *kunnen* worden. Regels die *moeten* worden gesteld op grond van de wet zijn regels ten aanzien van de persoon van de verzekerde of diens vertegenwoordiger. Regels die *kunnen* worden gesteld betreffen de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt, het uitzonderen van of uitbreiden met vormen van zorg of overige diensten die met een Zvw-pgb kunnen worden vergoed en de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
Naast deze regels kunnen ook andere voorwaarden van belang zijn om in aanmerking te komen voor het Zvw-pgb en voor de uitvoering van het Zvw-pgb. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de administratieve procedure bij een aanvraag van een Zvw-pgb, zoals het overleggen van een budgetplan en andere relevante documenten, of om de wijze waarop verantwoording en uitbetaling van het Zvw-pgb geschiedt. Hierover worden geen specifieke regels gesteld. De inrichting hiervan is aan zorgverzekeraars. Op grond van artikel 13a, derde lid, van de Zvw neemt de zorgverzekeraar deze voorwaarden op in zijn modelovereenkomst.

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is het onderscheid tussen het moeten en kunnen stellen van regels uitgebreid aan de orde geweest (Kamerstukken II, 34 233). Daarbij is vanuit de regering aangekondigd dat aan de verplichting om de voorwaarden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger neer te leggen bij of krachtens AMvB, uiteraard gehoor zal worden gegeven. Dat gebeurt met de onderhavige AMvB tot wijziging van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Het doel is om deze per 1 januari 2017 in werking te laten treden. Om dat te bewerkstelligen is het noodzakelijk de voorhang van de AMvB voor de zomer af te ronden, opdat wijzigingen per 2017 tijdig in de modelovereenkomsten van zorgverzekeraars kunnen worden meegenomen.
Ten aanzien van de regels ten aanzien van de inhoud van de zorg kan, zoals besproken in het debat, een AMvB aan de orde zijn, als daar op basis van het monitoronderzoek naar het Zvw-pgb over het jaar 2015, dat wordt uitgevoerd op basis van de bestuurlijke afspraken tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Per Saldo en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en op basis van signalen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aanleiding toe is. Zo nodig zal daartoe een aparte AMvB worden opgesteld.

Wat betreft de andere onderwerpen waarvoor regels gesteld kunnen worden was al in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel aangegeven dat deze in de AMvB zouden worden opgenomen. Het gaat daarbij om de zorgvormen waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet en de vergoeding voor informele zorg.

Artikel 13a, eerste lid, van de Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars in hun modelovereenkomst opnemen dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. Bij het opnemen van deze mogelijkheid in de modelovereenkomst, dient de zorgverzekeraar de relevante regelgeving te betrekken, waaronder hetgeen in deze AMvB is bepaald. Expliciet is in artikel 13a, derde lid, van de Zvw opgenomen dat de

zorgverzekeraar de voorwaarden waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb in zijn modelovereenkomst op moet nemen. Dat geldt ook voor de voorwaarden die bij of krachtens AMvB zijn vastgelegd. Op grond van artikel 25, derde lid, van de Zvw worden wijzigingen van modelovereenkomsten of nieuwe modelovereenkomsten voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit, waarmee het toezicht op het bij of krachtens deze AMvB bepaalde is geborgd.

Consultatie
De AMvB is voor consultatie voorgelegd aan ZN en Per Saldo. Beide partijen stemmen in met tekst van de regeling. In samenspraak met partijen is de toelichting aangepast, zodat deze duidelijkheid biedt over wat met de AMvB beoogd wordt.

Regeldrukgevolgen
Op grond van artikel 13a van de Zorgverzekeringswet dienen de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb opgenomen te worden in de modelovereenkomst van zorgverzekeraars. Daarbij dienen zorgverzekeraars rekening te houden met de geldende wet- en regelgeving, waaronder de met deze AMvB vastgelegde voorwaarden en weigeringsgronden. Aangezien zorgverzekeraars ook nu al voorwaarden en weigeringsgronden in hun modelovereenkomst hebben opgenomen en daarop toetsen, is met deze AMvB geen sprake van een wijziging in de administratieve lasten en regeldruk voor zorgverzekeraars en verzekerden. Deze maatregel leidt dan ook niet tot regeldrukgevolgen voor burgers of bedrijven.

Fraude
Het oorspronkelijke wetsvoorstel Zvw-pgb is in 2014 onderworpen aan een fraudetoets met alle relevante partijen. De daar gemaakte opmerkingen zijn meegenomen in het wetsvoorstel en in de toelichting geduid.
Omdat de AMvB een uitwerking is van onderdelen van het wetsvoorstel, is ervoor gekozen de AMvB aan een lichtere toets te onderwerpen. De NZa, de Inspectie SZW en ZN zijn gevraagd een reactie te geven op de fraudebestendigheid van de AMvB. Ook Per Saldo heeft hierover kunnen meepraten. De reactie van partijen heeft niet geleid tot aanpassing van de artikelen van de AMvB. Wel is de nota van toelichting op enkele punten aangevuld.

Een samenvatting van de belangrijkste opmerkingen is:
- Partijen hebben suggesties gedaan om de gehanteerde definities te verduidelijken;
- Door verschillende partijen is gewezen op de voorwaarden en weigeringsgronden die zorgverzekeraars op dit moment hebben opgenomen in de polisvoorwaarden en die op sommige punten afwijken van de voorwaarden en weigeringsgronden in de AMvB. Partijen onderschrijven het risico dat het limitatief vastleggen van voorwaarden en weigeringsgronden een risico meebrengt dat in andere situaties waarin evident sprake is van fraude of andere ongewenste omstandigheden niet kan worden afgewezen;
- Verder is aandacht gevraagd voor toezicht en handhaving. Zoals verderop in de toelichting wordt uitgelegd is sprake van drie categorieën zorgverleners. Een deel van die zorgverleners valt slecht deels of helemaal niet onder het bereik van de Wmg. Dat brengt mee dat toezicht op deze groepen zorgverleners niet of slechts beperkt mogelijk is.

Het is bekend dat het instrument pgb fraudegevoelige elementen kent. Niet voor niets staan het voorkomen en aanpakken van fraude bij het pgb hoog op de agenda van alle daarbij betrokken partijen. De door partijen gemaakte opmerkingen maken duidelijk welke risico’s er zijn. De regering ziet het pgb echter wel als een waardevol instrument om in de zorgvraag en zorgbehoefte van mensen te voorzien. Fraude met het pgb (door anderen dan de budgethouder) benadeelt de mensen die daarmee niet de zorg krijgen waaraan zij behoefte hebben, maar ook het overgrote merendeel van de budgethouders

die zeer verantwoord met het pgb omgaan. Voor hen is het pgb een belangrijk instrument om goede, vaak op een zware en speciale zorgvraag toegespitste, zorg naar eigen keuze te kunnen inrichten. De regering ziet eigen regie en fraudebestrijding dan ook niet als tegenstelling, maar als aanvullend op elkaar: goede fraudebestrijding draagt bij aan de mogelijkheid om het pgb in te zetten voor mensen die daar wel op een verantwoorde wijze mee omgaan. De regering zet vanuit het programmaplan Rechtmatige Zorg sterk in op het versterken van de aanpak van fouten en fraude in de zorg, onder andere op het gebied van het pgb. Een van de maatregelen die wordt genomen in het kader van fraudebestendigheid is de ontwikkeling van het waarschuwingsregister. Doel daarvan is om het mogelijk te maken voor zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten om onderling informatie over vastgestelde fraudegevallen uit te wisselen. Hieraan wordt samengewerkt met ZN, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, een zorgverzekeraar en een aantal gemeenten. Het streven is om het waarschuwingsregister in het eerste kwartaal van 2017 operationeel te hebben.

Ten aanzien van de door partijen genoemde punten is waar nodig en mogelijk de toelichting aangepast. In verband met de uitdrukkelijke wens van de Tweede Kamer om aan te sluiten bij de gehanteerde voorwaarden en weigeringsgronden onder de Wlz, is dat alleen gedaan als dat passend was binnen de gehanteerde definities in de Wlz. Waar in de Wlz ruimte is gelaten aan nadere invulling door zorgkantoren, is dat in de Zvw ook het geval voor zorgverzekeraars.

Voorhang
Overeenkomstig artikel 124 van de Zvw is het ontwerp van deze AMvB bij brief van [PM] aan beide kamers der Staten-Generaal voorgelegd. [PM: resultaat voorhang].

Artikelsgewijs

<u>Artikel I</u>

Met artikel I is direct na de paragraaf over de te verzekeren prestaties in het Bzv een afzonderlijke paragraaf 1a ingevoegd voor het Zvw-pgb. Daartoe is de paragraaf over de eigen bijdragen vernummerd tot paragraaf 1b.

Artikelen 2.15a

De verzekerde heeft krachtens zijn zorgverzekering recht op de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft (natura) dan wel op vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, vergoeding van activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (restitutie); een combinatie van deze prestaties is ook mogelijk. Dit is bepaald in artikel 11, eerste en tweede lid, van de Zvw. Onder de zorg of overige diensten vallen onder meer verpleging en verzorging (artikel 10 Zvw). Op grond van artikel 11, derde en vierde lid, van de Zvw geeft artikel 2.10 van het Bzv een nadere invulling van verpleging en verzorging. Het omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft; verzorging aan verzekerden tot achttien jaar is uitgezonderd, tenzij het om intensieve kindzorg gaat. De zorg, bedoeld in artikel 2.10 van het Bzv, wordt ook wel kortweg aangeduid als wijkverpleging.

Het Zvw-pgb is een bijzondere vorm van restitutie voor verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg. Verpleging en verzorging is nader omschreven in artikel 2.10 van het Bzv. De verpleging en verzorging die met een Zvw-pgb mag worden vergoed kan worden afgebakend op grond van artikel 13a, zesde

lid, onder b en c, van de Zvw. Op grond daarvan is het Zvw-pgb beperkt tot verpleging en verzorging (ook wijkverpleging genoemd, artikel 2.15a, eerste lid, Bzv). Kenmerken voor de aanspraak wijkverpleging is dat de verpleging en verzorging verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg. Kinderen met intensieve kindzorg staan altijd onder behandeling of toezicht van een medisch-specialist, zodat voor deze kinderen de behoefte aan geneeskundige zorg gegeven is.

Wijkverpleging kan volgens artikel 2.10, eerste lid, onder b, van het Bzv niet gepaard gaan met verblijf. Met artikel 2.15a wordt echter een uitzondering gemaakt voor verpleging en verzorging voor kinderen die permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben (intensieve kindzorg), zodat het mogelijk is om ook verblijf met het Zvw-pgb te bekostigen (artikel 2.15a, tweede lid, Bzv). Het moet daarbij wel gaan om verblijf dat onmiddellijk samenhangt met verpleging en verzorging in het kader van intensieve kindzorg. Bij het verblijf is daardoor per definitie een samenhang met de behoefte aan geneeskundige zorg. Er zal overigens bij intensieve kindzorg altijd een behoefte bestaan aan verpleging en verzorging waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid waarbij die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen. In de praktijk zullen de ouders het overgrote deel van de zorg op zich nemen en zal het verblijf op een andere plek dan thuis een uitzondering zijn. Vaak gaat het om verblijf in een verpleegkundig kinderzorghuis.

Overwogen is ook het vervoer van en naar de plek van het verblijf voor intensieve kindzorg met het Zvw-pgb te kunnen laten vergoeden. Daar is evenwel van afgezien, omdat zorgverzekeraars de kosten daarvoor in de praktijk reeds restitueren en daarmee de keuzevrijheid van de verzekerde ten aanzien van zijn vervoer al is geborgd.

Artikel 2.15b

De mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden met het Zvw-pgb kan bij of krachtens algemene maatregel van bestuur geregeld worden (artikel 13a, zesde lid, onderdeel d, Zvw). Uitgangspunt is dat de vergoeding passend dient te zijn. Dat vloeit voort uit artikel 13a, eerste lid, van de Zvw. Het budget moet dus toereikend zijn om de verzekerde de zorg te kunnen laten inkopen en betalen die hij redelijkerwijs nodig heeft. De omvang van het budget wordt bepaald door de behoefte aan zorg en de kosten daarvan. De hoogte van de kosten die voor vergoeding in aanmerking komen, worden door zorgverzekeraars in de modelovereenkomst opgenomen. Hieronder wordt toegelicht met welke kaders zorgverzekeraars daarbij rekening moeten houden, uitgesplitst naar categorieën zorgverleners. Voor zover de kosten hoger zijn, komen die voor rekening van de verzekerde (artikel 13a, vierde lid, Zvw).

In het geval dat de zorg wordt geleverd door zorgaanbieders in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), worden de prestaties en de tarieven door die wet gereguleerd. De Wmg is in beginsel van toepassing op zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zvw en de Wet langdurige zorg (Wlz), voor zover deze zorg wordt geleverd door zorgaanbieders. Een zorgaanbieder in de zin van de Wmg is volgens artikel 1, aanhef en onder c:

1. de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
2. de natuurlijke of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder, als bedoeld onder 1.

Een tarief is een prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder (artikel 1, onderdeel k, Wmg).

Op basis van de definities in de Wmg zijn er ten aanzien van het Zvw-pgb drie categorieën zorgverleners te onderscheiden:

- zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg én tarieven in rekening brengen. Het gaat hierbij om zorgverleners die hun zorg beroeps- of bedrijfsmatig leveren en daarmee onder de definitie van artikel 1, onderdeel c, Wmg vallen. Als deze zorgaanbieders tarieven in rekening brengen bij verzekeraar of consument, dan vallen ze onder de reikwijdte van tarief- en prestatieregulering. Daarbij valt in ieder geval te denken aan zzp-ers en reguliere zorginstellingen;
- zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, maar geen tarieven in rekening brengen. Een deel van de zorgverleners valt wel onder de definitie zorgaanbieder in artikel 1, onderdeel c, van de Wmg, maar doordat zij geen tarieven in rekening brengen, vallen zij buiten de bepalingen hierover. Het gaat daarbij om de zorgverleners die de zorg leveren op grond van een arbeidsovereenkomst met de verzekerde. De zorgverlener brengt geen tarief in rekening, maar ontvangt loon van de verzekerde in het kader van een arbeidsovereenkomst. Dat is vergelijkbaar met zorgverleners die elders, bijvoorbeeld bij een instelling, in loondienst zijn. Ook zij ontvangen loon in het kader van een arbeidsovereenkomst en vallen dus niet als individu onder de tarief- en prestatieregulering. Doordat deze zorgverleners geen tarieven in rekening brengen zijn declaratieregelingen op grond van de tarief- en prestatiebepalingen niet op hen van toepassing. Wel vallen zij onder de andere verplichtingen die de Wmg aan zorgaanbieders stelt;
- zorgverleners die geen zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg. In de praktijk van het Zvw-pgb bestaat deze categorie van zorgverleners die niet onder de definitie zorgaanbieder in artikel 1, onderdeel c, van de Wmg vallen, vooral uit mantelzorgers. Dit zijn degenen die zorg verlenen rechtstreeks voortvloeiend uit een bestaande sociale relatie. Dat betekent dat mantelzorgers en andere zorgverleners die geen zorgaanbieder zijn, niet onder de werking van de Wmg vallen. Dat heeft onder meer tot gevolg dat de bepalingen over tarieven en prestaties en andere eisen die de Wmg in algemene zin stelt niet op hen van toepassing zijn.

Voor de eerste categorie zorgverleners hoeft de mate van vergoeding niet nader geregeld te worden. Voor hen gelden de maximumtarieven die op grond van de artikel 50 e.v. van de Wmg zijn vastgesteld met betrekking tot wijkverpleging. Voor enkele prestaties van wijkverpleging geldt overigens een vrij tarief, maar dit is voor het Zvw-pgb niet van belang omdat die prestaties alleen door de zorgverzekeraar zelf kunnen worden gecontracteerd. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om wijkgericht werken.

Voor de tweede en derde categorie zorgverleners is het wel nodig de mate van vergoeding nader te regelen. Dit is in lijn met de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel, waarin is aangegeven dat de vergoeding voor informele zorg bij of krachtens AMvB zou worden geregeld. De term informele zorg wordt in het kader van het Zvw-pgb gebruikt, als sprake is van de tweede of derde categorie zorgverleners. Zoals hierboven aangegeven gaat het daarbij in grote lijnen om zorgverleners die zorg leveren op grond van een arbeidsovereenkomst of mantelzorgers. Met artikel 2.15b van het Bzv wordt geregeld dat de wijkverpleging die door deze zorgaanbieders wordt verleend, tot ten hoogste nader te bepalen bedragen vanuit het Zvw-pgb wordt vergoed. Overigens kan met het Zvw-pgb alleen zorg worden vergoed waarop uit hoofde van de zorgverzekering aanspraak bestaat; vooral bij informele zorg dient dat onderscheiden te worden van hetgeen normaal gesproken al wordt gedaan bij de zorg voor een naaste. De vergoedingen worden, net als onder de Wet langdurige zorg en zoals gebruikelijk bij bedragen die periodiek aan wijziging onderhevig zijn, bij ministeriële regeling vastgelegd. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt naar categorieën hulpverleners. Dat zal in ieder geval gebeuren voor de groep zorgverleners die een relevante BIG-registratie of inschrijving in het handelsregister

hebben. Met Per Saldo en ZN is afgesproken dat deze groep, in lijn met de Wlz, in aanmerking komt voor een hoge, door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding, in lijn met de vergoeding voor formele zorg. Bij het vaststellen van de mate van vergoeding in de Regeling zorgverzekering zal in overleg met Per Saldo en ZN rekening worden gehouden met de uitkomsten van de evaluatie van het informele tarief, waarover de Kamer op 13 november 2015 is geïnformeerd (Kamerstukken II 2015/16, 25 657, nr. 222).
Anders dan bij de maximumtarieven in de zin van de Wmg staat het de verzekerde en zijn zorgverlener vrij om vergoedingen overeen te komen die hoger zijn dan de in de ministeriële regeling te noemen bedragen. Omdat vanuit het Zvw-pgb niet meer vergoed zal worden dan de in die regeling genoemde bedragen, zal de verzekerde voor het overige dus zelf de kosten moeten dragen.

Artikel 2.15c

De voorwaarden waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb worden neergelegd in de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar (artikel 13a, derde lid, Zvw). Dit omvat alle te stellen voorwaarden die uitmaken op welke manier bepaalde verzekerden voor zekere vormen van wijkverpleging een Zvw-pgb kunnen verkrijgen en gebruiken. Over twee soorten voorwaarden moeten of kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld. Er moeten regels zijn over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb (artikel 13a, vijfde lid, Zvw). Hiermee is beoogd de voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger vast te leggen, zodat aan de voorkant duidelijkheid is welke verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb. Artikel 2.15c van het Bzv is hierop gebaseerd. Het betreft niet de voorwaarden aan de inhoud van de zorg waarvoor de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Hierover kunnen regels worden gesteld (artikel 13a, zesde lid, onderdeel a, van de Zvw). Bij het vastleggen van de voorwaarden in de modelovereenkomst dient de zorgverzekeraar acht te slaan op de regels die bij of krachtens artikel 2.15c zijn gesteld. Ten aanzien van de persoon van de verzekerde of diens vertegenwoordiger mogen geen andere voorwaarden of weigeringsgronden in de modelovereenkomst worden opgenomen dan in artikel 2.15c van het Bzv staan. Zorgverzekeraars kunnen wel invulling geven aan genoemde voorwaarden en weigeringsgronden. Daarbij dienen ze ook rekening te houden met de nadere regels die daarover bij ministeriële regeling worden gesteld.

Indien de verzekerde of diens vertegenwoordiger voldoet aan de voorwaarden die zijn opgenomen in artikel 2.15c, eerste lid, en geen weigeringsgrond als bedoeld in het tweede lid van toepassing is, dient de zorgverzekeraar een Zvw-pgb te verstrekken, mits ook voldaan wordt aan de overige voorwaarden die in de modelovereenkomst zijn opgenomen en andere wettelijke voorschriften geen belemmering vormen. Het derde lid sluit uit dat de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst nog andere voorwaarden stelt ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb. De weigeringsgronden in het tweede lid zijn eveneens limitatief vanwege het verbod in het derde lid om in de modelovereenkomst aanvullende weigeringsgronden op te nemen ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. Ook zijn de weigeringsgronden imperatief: het Zvw-pgb dient afgewezen te worden als zich één van die gronden voordoet. Net als onder de Wlz kunnen de voorwaarden en weigeringsgronden bij ministeriële regeling wel nader worden ingevuld. De Regeling zorgverzekering zal op de betreffende punten waar mogelijk in lijn worden gebracht met de regels onder de Wlz.

De voorwaarden en weigeringsgronden in artikel 2.15c, eerste en tweede lid, van het Bzv zijn vergelijkbaar met de voorwaarden die gelden voor persoonsgebonden budgetten in

andere domeinen, in het bijzonder dat van de Wlz. De formulering van de voorwaarden is ontleend aan artikel 3.3.3, vierde en vijfde lid, van de Wlz, waarbij er rekening mee is gehouden dat de grondslag van artikel 13a, vijfde lid, van de Zvw is beperkt tot voorwaarden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. Uiteraard is ook rekening gehouden met afwijkende begrippen in de Zvw en de Wlz. Hierdoor wijkt een aantal formuleringen af van formuleringen van vergelijkbare bepalingen in de Wlz. Hieronder worden de verschillen toegelicht:

- bij het eerste lid, onderdeel a, gaat het erom of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger, gezien zijn persoonlijke kenmerken en situatie, in staat is om met een Zvw-pgb op een doelmatige manier goede en toereikende zorg te organiseren. De Wlz behelst op dit onderdeel een meer integrale afweging voor het zorgkantoor waar ook de aard en omvang van de gewenste zorg in ogenschouw wordt genomen. Aangezien deze AMvB alleen gaat over de voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger, is de betreffende voorwaarde daarop aangepast;
- het eerste lid, onderdeel b, is gelijk aan de desbetreffende voorwaarden in de Wlz, onder vervanging van het begrip 'budget' door 'Zvw-pgb. Net als onder de Wlz wordt ter voorkoming van oneigenlijk gebruik en fraude en ter bescherming van de verzekerde geen Zvw-pgb verstrekt als op voorhand het oordeel is dat de verzekerde de bekwaamheden en capaciteiten mist om voldoende regie over de zorg en het budget te kunnen voeren. Dit kan de verzekerde echter compenseren met hulp van derden;
- in het eerste lid, onderdeel c, ontbreekt de vermelding van mantelzorgers die wel in de Wlz voorkomt. De Zvw kent dat begrip als zodanig niet; zij zijn in het kader van de Zvw aan te merken als zorgaanbieder. Ook hier gaat het er net als onder de Wlz om dat de verzekerde al dan niet met hulp van derden in staat dient te zijn de functie te vervullen van 'spin in het web' rond de zorg die aan hem verleend wordt. De verzekerde dient onder meer de zorg te kunnen aansturen, zodat de zorg waarop hij aanspraak heeft daadwerkelijk wordt verleend;
- het eerste lid, onderdeel d, sluit aan op de voorlaatste voorwaarde in artikel 3.3.3, vierde lid, van de Wlz. Waar het bij het Zvw-pgb om gaat is dat de verzekerde of zijn vertegenwoordiger over het inzicht beschikt in hoeverre een Zvw-pgb voor hem geëigend is. Net als onder de Wlz dient de verzekerde voldoende blijk te geven van zijn goed geïnformeerde, weloverwogen voorkeur voor een Zvw-pgb boven zorg in natura, uitgewerkt in een budgetplan. De wens van de verzekerde staat voorop. De zorgverzekeraar dient zich ervan te vergewissen dat de verzekerde in staat is een bewuste keuze te maken voor een Zvw-pgb. Niet overgenomen van de Wlz is het innemen van een standpunt een Zvw-pgb te wensen en het overleggen van een budgetplan. Dat zijn immers geen voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger, maar voorwaarden van procedure aard, die de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst zal kunnen stellen in het kader van de procedure voor het verstrekken van een Zvw-pgb;
- het tweede lid, onderdeel a, is geformuleerd als het onvermogen van de verzekerde om zelf of met hulp van een vertegenwoordiger te voldoen aan de eisen omtrent het Zvw-pgb. Dat onvermogen kan onder meer blijken uit de ervaringen met een eerder verstrekt Zvw-pgb, ook als dat door een andere zorgverzekeraar is verstrekt;
- het tweede lid, onderdelen b, c en d zijn gelijk aan de desbetreffende voorwaarden in de Wlz.
- ten aanzien van onderdeel d is van belang dat tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel is toegezegd dat bekeken zal worden of en op welke wijze de figuur van de gewaarborgde hulp kan worden opgenomen. Daarbij zullen de ontwikkelingen in de Wlz als uitgangspunt worden genomen. Om te beginnen zal bekeken worden op welke manier de inhoudelijke voorwaarden aan de gewaarborgde hulp, zoals die nu ook in de Regeling langdurige zorg staan, kunnen worden overgenomen wanneer de vertegenwoordiger dergelijke hulp verschaft. Daarnaast zal

worden aangehaakt bij het traject van de doorontwikkeling van de gewaarborgde hulp in het kader van de Wlz. Daarbij wordt bezien of die ontwikkelingen ook, waar mogelijk direct, overgenomen kunnen worden voor het Zvw-pgb.

Net als in de Wlz geldt voor het zorgkantoor, is het aan het oordeel van de zorgverzekeraars om te bepalen in welke gevallen voldaan wordt aan de voorwaarden of de weigeringsgronden. Zij zullen daar in de praktijk invulling aan geven, onder meer op basis van informatie van de verzekerde zelf. Door middel van de procedures die zorgverzekeraars inrichten voor het verstrekken van het Zvw-pgb zullen zij over de relevante informatie kunnen beschikken. Bij de toets die zorgverzekeraars uitvoeren komen, zoals hierboven geschetst, verschillende elementen aan de orde. Bij de invulling daarvan kan niet alleen gedacht worden aan bijvoorbeeld het verantwoord kunnen omgaan met de financiële administratie en, indien aan de orde, het uitvoeren van het werkgeverschap, maar bijvoorbeeld ook aan de vraag of iemand in staat is de juiste keuze te maken bij de inzet van hulp, zodat frauduleuze of andere kwaadwillende zorgverleners buiten de deur worden gehouden.

Het vierde lid bevat een delegatiegrondslag om de voorwaarden en weigeringsgronden nader in te vullen en -waar nodig- de restrictie omtrent aanvullende voorwaarden en weigeringsgronden in de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar verder uit te werken. Daarbij zal aansluiting gezocht worden bij de Regeling langdurige zorg (Rlz). In de ministeriële regeling zal bepaald worden dat een verzekerde die failliet is verklaard niet in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Dat zal ook gelden voor een verzekerde waarop de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard of ten aanzien waarvan een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend. Deze verzekerden voldoen immers niet aan de voorwaarde dat de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze kunnen worden uitgevoerd. Dergelijke verzekerden zijn eveneens uitgesloten van een persoonsgebonden budget op grond van de Wlz (artikel 5.9 Rlz).

<u>Artikel II</u>

Artikel I van het onderhavige besluit voegt een afzonderlijke paragraaf in het Bzv voor het Zvw-pgb. Artikel 8.1.5, onderdeel A, en de bijbehorende overgangsbepaling in artikel 10.9 van het Besluit langdurige zorg zijn daarom overbodig.

Overigens zijn genoemde artikelen in het Besluit langdurige zorg nooit in werking getreden, gelet op het besluit van 9 december 2014 (Stb. 2014, 521) en de verwerping van het voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben (Kamerstukken I 2013/14, 33 362, A).

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,